

< 取扱注意 > 抗 HIV 薬予防服用同意書

私は、HIV 感染血液等暴露後の抗HIV薬予防服用における利益と不利益について説明を受け、妊婦への安全性が確認されていないことを含め、十分に理解しました。

私は、自らの意志により予防服用を希望します。

服用希望剤（必ず本人がチェックすること）

- RAL （アイセントレス錠）  
 TDF/FTC （ツルバダ錠）

抗HIV 薬配備医療機関

病院長殿

年 月 日

署名

抗HIV 薬予防投与依頼書

被災者	氏名	生年月日	年	月	日
	性別（M・F）	妊娠（有・無）			
	現在服用中の薬剤（ ）				
事故状況	発生日時				
	事故内容（ 原因患者の病状 ・ AIDS ・ HIV抗体陽性 ・ HIV抗体陽性疑				
※参考	EC（ ）	HIV SC（ ）			

※判定可能な場合は御記入ください

上記の者は、HIV 感染の恐れがあり、予防服用についての説明に同意があったので、抗HIV 薬の投与を依頼する。

抗HIV 薬配備医療機関

病院長殿

依頼医療機関 所在地：

医療機関名：

連絡先：

年 月 日 時 分 担当医署名：